

TOXICOSIS GRAVIDICAS

(GESTOSIS)

*Contribución a la solución terapéutica del problema**Por el Dr. Ricardo Horno Alcorta*

Profesor Excedente de la Facultad de Medicina, Director de la "Obra Maternal del Refugio"

Las "cosas del embarazo" es hora ya de que pasen a la historia. El tocólogo actual debe conocer y dominar la biología y la patología de la gestación, ya que la fisiología materna experimenta por el hecho de la gestación misma cambios importantes que a veces pueden ser funestos para ella y para su hijo.

Por el hecho del crecimiento fetal, el metabolismo materno sufre grandes variaciones en lo que se refiere a los albuminoides, grasas, hidratos de carbono, etc. A nuestro modo de ver todas estas variaciones tienen su origen único y todas ellas son grados, más o menos avanzados, de la rotura de lo que Bar denominó "*simbiosis armónica perfecta*."

Este problema, por su importancia, por sus modalidades, se ha estudiado desde los puntos de vista más distintos; nosotros hemos tratado de resolverlo desde el punto de vista terapéutico del que quizá pueda derivarse el profiláctico.

Hecho inicial. —Nuestro colaborador, el Dr. Vicente Carceller, a quien en realidad se debe que fijáramos la atención en este asunto, llevaba ya año es-

tudiando las variaciones de la colessterina en la sangre de diversos procesos y él fue quien nos propuso su estudio en los procesos tóxicos gravídicos.

Sentado este precedente, como es de justicia, un hecho de la clínica, nos hizo prestar la mayor atención al problema; el hecho es vulgar y estoy seguro que otros muchos lo han observado.

Tratábase de una tuberculosa pulmonar, muy desnutrida, con un embarazo de dos meses y un cuadro de toxicosis gravídica considerable: náuseas, abatimiento, sialorea, cefaleas, vómitos pertinaces y rebeldes; mal cuadro. Recuerdo entonces una indicación de Codina: "en las embarazadas con vómitos la tasa de colessterina está disminuida." A pesar de la contraindicación aparente, ya que a la acetylcolina placentaria se atribuye papel ocitócico, esta enferma es tratada con clorhidrato de colina, sin más objeto que levantar su estado general, decaído y precario. Y con gran sorpresa observamos, que a la vez que el estado general de la enferma se levanta, desaparece el cuadro de su toxicosis. Ello hace que íjemos entonces aún

más nuestra atención en los estudios del Dr. Vicente Carceller.

¿Por qué ese aumento de la tasa de colessterina en los procesos patológicos más variados y por qué disminución en otros? ¿Qué papel puede jugar este elemento en las toxicosis gravídicas?

Hechos comprobados. — Para poder interpretar la observación anterior, es necesario basarse en los estudios ya comprobados. Y nos encontramos los siguientes:

La colessterina obra como vacuna contra el veneno de la víbora, provocando *inmunidad* y obteniendo la *curación* de los atacados.

La colessterina tiene acción antitóxica contra la estricnina, curare, alcohol y venenos bacterianos.

La colessterina de la sangre en las embarazadas normales tiene una tasa superior a dos gramos por mil, en líneas generales. La colessterina de la sangre en las embarazadas con las toxicosis más variadas, tiene una tasa inferior a dicha cantidad. Ello está comprobado, sin excepción, en más de 500 análisis practicados por el Dr. Vicente Carceller en nuestra "Obra Maternal," más los realizados por los Dres. Gota y Gines Amelia en nuestra clínica privada.

¿No estará pues aquí la clave de la causa de estos trastornos?

¿No es para muchos autores un índice pronóstico la tasa de la colessterina? ¿No está por otra parte la inmunización en relación con la tasa de esta colessterina?

Deducciones. — Para explicar estos fenómenos, teorías no faltan. Unos, como Bar, atribuyen a la colessterina poder antitóxico. Otros, como Stander, le conceden papel equilibrador. Otros, como Havers, le consideran como fenómeno secundario.

Pero lo indudable es: *V* > Que mientras la simbiosis materno-fetal es perfecta, existe en la sangre una *hipercolesterinemia*.²⁹ Que cuando esta simbiosis se rompe y se transforma en parasitismo, aparece el cuadro de la toxicosis gravídica y entonces en la sangre existe *hipocolesterinemia*.

La sangre de la embarazada es la cloaca donde van a parar las toxinas ovulares, que son destruidas por las reservas de colessterina circulante. Si así ocurre todo se desenvuelve normalmente. Pero si la cifra de colessterina baja, la toxicosis se manifiesta y con ella se inicia los trastornos de órganos a que las toxinas dañan. El hecho no es nuevo.

De aquí que ante lo expuesto surge la deducción; hay que llevar a la sangre de la embarazada la cantidad de colessterina necesaria para que su tasa sea normal!

Método terapéutico. — Para conseguir esta modificación de la tasa de colessterina en sangre, tenemos a nuestra muñe dos caminos:

19—Directo: Administrar a la embarazada colessterina. A nuestro juicio, este procedimiento no es recomendable, porque así como cada organismo tiene sus características propias, tienen su albúmina propia (Carracido)

y podríamos agravar el cuadro de toxicosis por la sobrecarga del trabajo hepático.

29 Indirecto: Llevando al organismo de la embarazada sustancias capaces de aumentar la cifra de colessterina circulante (Caries y Leuret), como ocurre con la administración del cloruro de colina.

Pruebas clínicas. — Entre los casos recogidos en la "Obra Maternal" y en nuestra clínica privada, pasan de quinientas las gestosis tratadas con el criterio anteriormente expuesto.

En todas ellas se ha hecho.

19 Tasa de colessterina previa.

29 Tratamiento hasta la desaparición del síndrome tóxico.

3¹? Nueva tasa de colessterina.

En todos ellos se ha observado:

1° Antes del tratamiento, cifras de colessterina menores de dos por mil.

2° Desaparición total del síndrome tóxico.

3° Después del tratamiento, aumento de la tasa de colessterina por encima de 2 por mil.

En algunos casos se ha hecho un estudio diario de la tasa de colessterina en sangre para poder seguir su evolución y formar así la curva completa durante el tratamiento.;

Este tratamiento ha consistido en la inyección de un centímetro cúbico de cloruro de colina al 2 %. Corrientemente la inyección es hipodérmica y solo en algunos casos en que ésta, no es bien tolerada se hace la inyección intramuscular. Hemos comprobado así mismo que

la inyección intravenosa no beneficia en nada los resultados. Por regla general, desde la cuarta o quinta inyección el síndrome tóxico comienza a ceder y a los diez o doce días se llega a la normalidad.¹ Sin embargo, esto solo puede tomarse en líneas generales, pues hay casos en que la mejoría y la curación se obtienen mucho antes o mucho después.

Durante el tratamiento hemos observado alguna cefalea, hemicránea, a los quince o veinte minutos después de la inyección, que desaparece fácilmente y que parece estar en relación con ciertos fenómenos de alergia (estímulo desencadenante).

Consideraciones finales. — En esta labor hemos incluido con el nombre de embarazos tóxicos todas aquellas manifestaciones que conciden con la gestación y que con ella terminan, no presentándose fuera del embarazo. De hecho hemos considerado que el síndrome tóxico no es exclusivo de la primera ni de la segunda mitad del embarazo; no puede considerarse como provocado por el cuerpo amarillo, ni por la placenta de modo exclusivo.

Hasta la fecha quedan fuera de nuestro estudio los casos de gestosis graves, a los que hemos de dedicar nuestra atención más adelante. Pero podemos anticipar un hecho evidente y consolador. Ninguno de los casos tratados ha evolucionado en forma grave y todos se han resuelto de modo completo y rápido.

Ello nos hace pensar que quizá exista entre todas las diversas formas de gestosis una interdependencia, una correlación indiscutible, ya que en más de quinientos casos no se ha observado durante el resto del embarazo trastorno alguno de otra índole.

El ciclo de la colesterinemia de Grigaut puede, a nuestro juicio, ser el índice diagnóstico por excelencia de la normalidad de la gestación. Acabamos de ver que la hipocolesterinemia es la manifestación evidente de las toxicosis, las cuales desaparecen tan pronto como la tasa de colesteroína se lleva a la normal.

Por otra parte, las graves gestosis, como la eclampsia, van acompañadas de una tasa elevadísima de colesteroína. Estas hipercolesterinemias van unidas a una elevada albuminuria. Y como en estos casos la intensidad de los procesos de degeneración hepatorenal da lugar al aumento de ácidos grasos en el suero sanguíneo y estos van a la par del movimiento de la colesteroína, todo hace pensar que estas hipercolesterinemias sean citolíticas y por lo tanto indicadoras de la catástrofe que se avecina, consecuencia y no causa de la importancia que la gestosis adquirió.

Queda, pues, el estudio planteado y el campo abierto para la investigación: estos son los hechos:

- 1° Las toxicosis gravidicas (no graves), van siempre acompañadas de una hipocolesterinemia (menos

de dos por mil

- 2° La elevación orgánica de la tasa de colesteroína a la cifra normal (dos por mil, lleva consigo la desaparición del síndrome tóxico.
- 3° Esta elevación de la tasa de colesteroína se obtiene fácilmente de modo indirecto por la administración de un preparado de cloruro de colina.
- 4° Todos los casos así tratados, cuyo número sobrepasa de quinientos, han sido seguidos durante la gestación de evolución distinta.
- 5° Las hipercolesterinemias que acompañan a las gestosis graves (eclampsia), son debidas a la destrucción que la toxemia produjo en los órganos de transformación.
- 6° La tasa de colesteroína en la sangre de las embarazadas debe servir como medio diagnóstico y pronóstico de las toxicosis gravidicas.
- 7° El tratamiento de las despreciadas pequeñas toxicosis es la profilaxia de las formas graves de gestosis.

NOTA.—El estudio detallado de todas las observaciones recogidas, los fundamentos del método terapéutico, etc., que son base de este trabajo, formarán una completa monografía que el Dr. Vicente Carceller, está a punto de publicar.

, ... Del Día Médico.